



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

SORAYA D. WAKIM BAPTISTA

**A CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT A PACIENTES DE DIFÍCIL
TRATAMENTO**

Brasília
2013

SORAYA D. WAKIM BAPTISTA

**A CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT A PACIENTES DE DIFÍCIL
TRATAMENTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de
Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para
obtenção de Certificado de Conclusão de Curso
de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teorias
Psicanalíticas

Orientador: Profa. Dra. Claudia Mendes Feres

Brasília
2013

SORAYA D. WAKIM BAPTISTA

**A CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT A PACIENTES DE DIFÍCIL
TRATAMENTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* Teorias Psicanalíticas

Orientador: Profa. Dra. Claudia Mendes Feres

Brasília, 26 de novembro de 2013.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Livia Milhomem Januário

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

*A todas as Marias, Eduardas e Claras que
confiaram e dividiram os seus segredos, as suas
dores e, principalmente, que tanto me
ensinaram sobre o ser humano.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Rubens, obrigada por acreditar, investir e propiciar as melhores condições para que eu possa exercer o ofício de psicóloga!

À minha filha Luisa, pelo apoio a minha incansável busca de conhecimento!

Ao meu filho Victor, que sempre muito interessado em meu êxito, apóia e incentiva a minha superação, seja como aluna, seja como profissional!

À minha irmã, Samira Wakim, grande pessoa, psiquiatra e psicoterapeuta, que sempre compartilhou o seu conhecimento e sua experiência, e por isso, despertou há muitos e muitos anos o meu interesse pela psicanálise!

À professora doutora Claudia Feres, meu muito obrigada! Obrigada por ter aceitado ser orientadora desta monografia, pela, paciência, estímulo, palavras acalentadoras nos momentos difíceis e, principalmente, pela compreensão e identificação de um “enrosco” que estava impedindo a produção desta monografia, e que resolvi na minha análise!

À professora doutora Livia Milhomem Januário, obrigada pelas aulas de Winnicott nesta pós, por ter aceitado fazer parte da minha banca, e pelas valiosas contribuições que permitiram um maior refinamento desta monografia!

Às colegas da pós Isabel Krupp e Renata Lavareda, hoje amigas, obrigada por compartilharem tantos momentos alegres e bons e, alguns, não tão bons!

Ao colega da pós Rodrigo Marques, hoje, também, um amigo, meu muito obrigada! Obrigada pelos risos, pelo apoio em momentos difíceis, por compartilhar generosamente o seu conhecimento, e principalmente, por acreditar em mim como profissional!

À psicóloga, colega de trabalho, e hoje amiga, Cristina R. dos Anjos, que assim como eu é ‘apaixonada’ pela clínica de Winnicott, e que generosamente compartilha o seu conhecimento teórico e prática clínica! Muito obrigada, parceira Cris!

À colega de trabalho, amiga, psicóloga e mestre Cristineide França, obrigada! Obrigada Cris, ‘minha madrinha’, pelo incentivo, e por acreditar em mim como psicóloga!

Agradeço, enfim, a minha analista Alba Dezan, que tanto contribuiu com o desvelamento das causas que, inicialmente, dificultaram a produção desta monografia!

Eu...

*Eu sou a que no mundo anda perdida,
Eu sou a que na vida não tem norte,
Sou a irmã do sonho, e desta sorte
Sou a crucificada... a dolorida...*

*Sombra de névoa tênue e esvaecida,
E que o destino amargo, triste e forte,
Impele brutalmente para a morte!
Alma de luto sempre incompreendida! ...*

*Sou aquela que passa e ninguém vê...
Sou a que chamam triste sem o ser...
Sou a que chora sem saber porquê...*

*Sou talvez a visão que Alguém sonhou,
Alguém que veio ao mundo pra me ver
E que nunca na vida me encontrou!*

Florbela Espanca – Eu - livro de Mágoas

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fazer referência a contribuição de Winnicott a pacientes de difícil tratamento, isto é, pacientes que insistem manter os sintomas, apesar das queixas e a busca de ajuda. O interesse em estudar tal tema surgiu a partir da prática clínica desta profissional, em um serviço de intervenção em crise, onde um grande número de pacientes atendidos são de difícil tratamento. A compreensão dos pacientes acima citados encontrou sustentação teórica e subsídios para a realização do trabalho clínico em Donald D. Winnicott. Isto porque a maior contribuição do referido psicanalista está relacionada ao desenvolvimento emocional primitivo do ser humano, ou seja, Winnicott dedicou-se à clínica com a finalidade de compreender a constituição e o desenvolvimento psíquico do ser humano na relação com o outro ao longo do seu processo maturacional. Desenvolvimento este que, quando acompanhado por uma maternagem suficientemente boa, permite o surgimento de indivíduos inteiros na vida adulta. Porém, quando a maternagem não é suficientemente boa, há o comprometimento e fragmentação do indivíduo, que fica impedido de viver sua vida de forma criativa e integrada. Neste sentido, a monografia, inicialmente, apresentará três fragmentos clínicos que exemplificarão o trabalho desenvolvido com pacientes de difícil tratamento, em seguida abordará a contribuição de Winnicott ao desenvolvimento emocional primitivo bem como a importância da relação mãe-bebê, e ao final será referenciada a clínica winnicottiana e as suas contribuições com pacientes de difícil tratamento.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Winnicott. Pacientes regredidos.

ABSTRACT

The objective of this work refers to the contribution of Winnicott to patients with difficult to treat, this is, patients who insist in keeping the symptoms, despite of the complains and the seek of help. The interest in studying this subject arose from the clinical practice of this professional, in a service of a crisis intervention , where a large number of patients attended are difficult to treat. Understanding the aforementioned patients found theoretical support and subsidies for the realization of the clinical work in Donald D.Winnicott. This because the main contribution of this psychoanalyst, is related to the primitive emotional development of the human being, i.e, Winnicott devoted himself to the clinic with the goal of understanding the formation and mental development of the human being in a relationship to each other along their maturational process. This development, when followed by a good enough mothering, allows the appearance of whole individuals in adulthood. Howeve , when mothering is not good enough, there is a compromise and fragmentation of the individual, who is unable to live his life in a creative and integrated way. In this sense, the monograph initially presents three clinical fragments that exemplify the work developed with patients difficult to treat, then approach the contribution of Winnicott to the primitive emotional development and the importance of the mother-baby relationship, and in the end will be referenced the Winnicott clinic and the its contributions to patients with difficult to treat.

Key words: Psychoanalytic clinical. Winnicott. Regressed patients.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 A CLÍNICA COM PACIENTES DE DIFÍCIL TRATAMENTO	11
1.1 Maria: a paciente que rouba o meu tempo	12
1.1.1 <i>A cleptomania a partir da tendência antissocial - Winnicott</i>	17
1.2 Eduarda: a paciente inconformada	19
1.2.1 <i>Segundo Winnicott “Tudo começa em casa”</i>	22
1.3 Clara: a paciente que se cortava	24
1.3.1 <i>Autodestrutividade a partir da tendência antissocial – Winnicott</i>	26
2 WINNICOTT E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO	29
3 A CLÍNICA DE WINNICOTT COM PACIENTES DE DIFÍCIL TRATAMENTO	40
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

*"O meu mundo não é como o dos outros,
quero demais, exijo demais, há em mim uma sede de infinito,
uma angústia constante que eu nem mesmo compreendo,
pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada,
com uma alma intensa, violenta, atormentada,
uma alma que não se sente bem onde está,
que tem saudades...sei lá de quê!"
- Florbela Espanca, in "Carta nº 147".*

A presente monografia é resultado do interesse em estudar mais profundamente as possibilidades clínicas com pacientes de difícil tratamento. Por pacientes de difícil tratamento entende-se aqueles que apesar de espontaneamente procurarem ajuda, não colaboram ou não permitem que o analista os ajude. "A expectativa é, na verdade, que a mudança a acontecer seja 'para pior'. A saída deve ser não se mexer em qualquer direção. A inacessibilidade desses pacientes deriva do temor de que algo terrível possa acontecer" (CESAR, 2009, p.42).

Assim, o interesse no referido tema deve-se a minha prática clínica, realizada em um serviço de intervenção em crise e prevenção do suicídio. Chama a atenção, no serviço acima referido, a prevalência de pacientes de difícil tratamento, cujas queixas são variadas, exceto a depressão, o sentimento de vazio e ideação suicida que se apresentam em todos que procuram ajuda.

Neste sentido, essa monografia tem o objetivo de compreender a psicodinâmica de tais pacientes, utilizando para tanto a psicanálise. Importante ressaltar a extensa contribuição de diferentes estudiosos da psicanálise ao tema proposto, entretanto, este trabalho se pautará no trabalho do psicanalista inglês Donald D. Winnicott.

A escolha por Winnicott deve-se a dois fatores, o primeiro é por sua contribuição ao desenvolvimento emocional primitivo, em que observou e concluiu que falhas maternas ocorridas nos primeiros anos de vida, têm conseqüências na vida adulta, conforme será abordado no decorrer desta monografia. E, o segundo fator, é o meu interesse e formação na teoria winnicottiana.

Assim, este trabalho apresentará, inicialmente, três fragmentos clínicos com o objetivo de ilustrar e fazer menção ao que é considerado, nesta monografia, pacientes de difícil tratamento, bem como referenciar uma prática clínica pautada na proposta teórica, metodológica e técnica de Winnicott. O segundo capítulo tratará do desenvolvimento emocional primitivo, bem como da importância da relação mãe-bebê no processo de saúde ou doença do indivíduo. No terceiro capítulo será abordada as contribuições da clínica de Winnicott – manejo e tratamento - aos pacientes de difícil tratamento.

Por fim, na conclusão será feita uma síntese final da experiência de ter conduzido o processo analítico de Maria, Clara e Eduarda na perspectiva da teoria e clínica winnicottiana.

1 A CLÍNICA COM PACIENTES DE DIFÍCIL TRATAMENTO

*Nunca fui como todos
Nunca tive muitos amigos
Nunca fui favorita
Nunca fui o que meus pais queriam
Nunca tive alguém que amasse
Mas tive somente a mim
A minha absoluta verdade
Meu verdadeiro pensamento
O meu conforto nas horas de sofrimento
não vivo sozinha porque gosto
e sim porque aprendi a ser só...*
Florbela Espanca - Sonetos

A clínica desta profissional tem corroborado com a afirmação de Safra (2005), no tocante a declaração de que a chegada de pacientes com características peculiares, tem exigido dos analistas da atualidade uma revisão contínua de seus pressupostos teóricos e, também, dos procedimentos técnicos usados em seu trabalho.

O ser humano contemporâneo, cada vez mais adoece na sua possibilidade de ser, isto é, o que comparece, em número crescente no consultório, é um ser humano fragmentado, desconectado de si mesmo, e que não encontra na cultura o amparo indispensável para superar as suas dificuldades psíquicas. Tal afirmativa se sustenta, a partir das reiteradas queixas relacionadas a: falta de sentido na vida, vazio existencial, e morte em vida, conforme indicado por Safra (2005).

A depressão se apresenta, mesmo que subjacente, em todos os casos de pacientes refratários. O pavor do contato com a verdade interna de um interior desolado conduz a resistências tenazes. A falta de esperança é extrema, a proposta de cura analítica, ou seja, ficar bem e feliz, é sentida

pelo paciente como equivalente ao abandono de seus objetos internos amados (CESAR, 2009, p. 41).

Figueiredo (2008), diferencia os deprimidos dos desesperançosos. Para esse autor, apesar da aparente semelhança entre a imagem do paciente deprimido com a imagem do paciente sem esperança, não se trata de um mesmo sofrimento. Isto porque em certas circunstâncias, o humor deprimido pode ser um sinal de esperança “[...] uma efetiva esperança de reparação dos objetos internos e de recomposição narcísica” (FIGUEIREDO, 2008, p. 169).

Segundo Cesar (2009), o desejo do paciente em conservar o seu sofrimento e/ou falta de esperança é a maneira de se preservar, trata-se da defesa em manter o que é da ordem do suportável em termos de dor psíquica. Por isso, o paciente não finaliza a análise, mas tampouco a interrompe, é a forma de obter o mínimo equilíbrio. “O medo da verdade psíquica subjaz às negações onipotentes: os desastres piores já aconteceram; entretanto, sua maldade ou suicídio pode vir à luz se as ansiedades depressivas emergirem. Pela imobilidade, o paciente se mantém sob controle” (CESAR, 2009, p.42 e 43).

Nesse sentido, serão apresentados a seguir três fragmentos clínicos que ilustrarão as afirmações acima. Cabe ressaltar que, apesar da singularidade e especificidade de cada paciente como um ser único, observa-se que algo em comum comparece, seja em relação às queixas, seja em relação à dificuldade em superar os sintomas que tanto lhes faz sofrer, conforme será visto a seguir.

1.1 Maria: a paciente que roubava o meu tempo

Maria procurou análise, devido as queixas relacionadas a ansiedade, depressão e forte ideação suicida.

Maria tinha 18 anos, universitária e, morava sozinha. Tem uma irmã dois anos mais velha, também, universitária em outra cidade. Os pais moram no interior, e segundo a paciente a mãe é quem sustenta as filhas fora de casa. Queixou-se do pai que segundo ela “não está nem aí para as filhas”.

Maria falou do cansaço em relação às frequentes idas a médicos em decorrência de depressão, dores no estômago, coluna e alergias, desde aproximadamente os 12 anos de idade. Mencionou a necessidade de revelar algo importante, mas a dificuldade em falar sobre o segredo a impediu de imediato.

O único aspecto positivo em sua vida destacado, naquele momento, foi o fato de ter um namorado que se preocupava e cuidava dela, assim como a família do mesmo, que a recebeu muito bem. Ressaltou a admiração que sentia pela referida família, admiração pela união e cumplicidade de todos, o que não encontrava em sua própria família.

Em relação ao seu curso universitário, não gostava e pensava em mudar. Porém, o curso desejado exigia dedicação, algo impossível naquele momento uma vez que não sentia-se em condições emocionais e cognitivas de se dedicar, e buscar tal mudança. Expressava o sentimento de culpa por estar fazendo a sua mãe gastar dinheiro com ela à toa, pois não conseguia avançar no seu curso, correndo o risco de perder o mesmo.

Maria, ao longo da análise, expressava com muita frequência uma profunda irritação com a irmã, afirmando não suportar a mesma. A mãe inicialmente era considerada, por Maria, uma vítima da família. Isto porque era explorada pelo marido que não a ajudava financeiramente com as filhas e, nem com a realidade

doméstica. O pai só ocupava-se com o seu trabalho. Por algum tempo, observei a indignação de Maria em relação ao casamento de seus pais, que dizia não entender porque a mãe ainda se mantinha casada.

Após, aproximadamente, três meses de análise Maria conseguiu revelar o seu segredo, a cleptomania. Disse que tal “compulsão” iniciou quando estava com 6 ou 7 anos, e sempre lhe causou muita culpa e vergonha. O primeiro objeto furtado foram várias etiquetas que se coloca em presentes (De...Para...), e que rapidamente foram encontradas por sua mãe. A reação da mãe foi de recriminação e do pai de afastamento.

Maria queixava-se que desde a descoberta de sua compulsão, a família não confiava mais nela, por isso, morava sozinha em Brasília. Expressava raiva pelo fato de sua mãe não a ter levado para tratamento logo no início, isto é, levado a uma psicóloga.

Outra revelação de Maria foi sobre o fato de que quando ia para a casa dos pais, sentia a necessidade de vasculhar armários e gavetas quando não havia ninguém na casa. Tal necessidade devia-se à desconfiança de que os familiares escondiam algo dela.

Na busca de entender a cleptomania apresentada por Maria, foi investigada a sua história de vida. Quando questionada se em algum momento de sua infância havia sido separada da mãe, Maria relatou que sua mãe havia lhe contado que até um ano e dois meses ela (Maria) só se alimentava no peito, e recusava qualquer outra forma de alimento. E, por isso, sem saber o que fazer sua mãe decidiu levá-la para a fazenda e deixá-la com as tias por dois ou três dias.

Com relação ao processo analítico de Maria, é importante destacar que caracterizou-se, principalmente, pelo holding e manejo. Aos poucos, foi sendo construído pela analista e analisanda o espaço potencial, que favoreceu a segurança e confiança de Maria para falar sobre ela (mundo interno) e sobre ela em relação com o outro (mundo externo), enfim para experimentar ser 'simplesmente'. Pontuações e interpretações foram feitas, com o objetivo de conectar o sofrimento atual com a sua própria história de vida.

Assim, Maria começou, de forma gradativa, a se abrir e falar sobre a raiva do distanciamento do pai, o qual era bem próximo dela quando criança, e pena da mãe por aguentar o marido que em nada colaborava. No decorrer da análise, Maria se deu conta de que a mãe só reclamava do seu pai, mas não tomava nenhuma atitude para alterar a sua insatisfação. Por isso, começou a ignorar as queixas da mãe, uma vez que percebeu que a escolha de ficar ou não casada era da mesma. Maria percebeu, ainda, que enxergava o pai por meio dos olhos da mãe e irmã, o que fez com que começasse a tentar mudar a forma de se relacionar com o pai.

Em várias sessões analíticas, Maria expressava a irritação inexplicável que sentia pela irmã e ao mesmo tempo culpa por ter tal sentimento. O processo permitiu que refletisse sobre o sentimento confuso pelo namorado, isto é, tinha dúvida se realmente gostava dele ou se estava com ele pelo cuidado e proteção que o mesmo dispensava a ela. Por isso, chegou a terminar o namoro, mas em um mês reatou o mesmo.

Maria, durante, aproximadamente, nove meses expressou a sua angústia, culpa, medo e confusão em relação à condução de sua vida. Vale ressaltar que no

meio do processo analítico, Maria começou a buscar suporte e explicação para os seus dramas na religião, o que lhe trouxe conforto temporário.

Ao final dos nove meses de análise, Maria decidiu estudar com o objetivo de tentar uma possível mudança de curso. O curso escolhido ainda não era o desejado, mas tinha relação com a área almejada.

Maria expressou, também, o desejo e determinação em começar a trabalhar, e o namorado a ajudou financeiramente para que ela pudesse iniciar. O trabalho que Maria considerou mais adequado seria o de revender produtos de beleza, pois poderia fazer o seu próprio horário.

Após o tempo referido acima, Maria começou a faltar às sessões de análise, mas sempre justificando, na maioria das vezes por motivos de saúde (dores no estômago, por exemplo), ou porque havia dormido muito pouco a noite e estava exausta.

Durante todo o tempo de análise, Maria buscou contato telefônico apenas duas vezes. Uma para falar da elevada ansiedade e medo de ficar sozinha em sua casa, e outra para falar de três sonhos que havia tido naquela semana, e que provocaram forte angústia. Foi escutada a angústia de Maria e, dadas algumas orientações para que pudesse amenizar tal sentimento até o dia e horário de sua sessão. Vale ressaltar, que foi proposto antecipação da sessão, o que não foi possível para Maria.

Devido a recorrência de faltas, foi oferecido à Maria a possibilidade de se passar a análise para a cada quinze dias, ou mesmo fazer uma pausa. Porém, Maria não aceitou, tendo justificado as faltas em função da proximidade de provas.

Solicitou mudança no horário da análise, o que foi atendido. Mas, Maria ainda continuava a faltar e a justificar a ausência próximo ao horário de sua sessão.

Importante salientar que ao longo de todo o processo analítico, Maria pouco falou de sua cleptomania. E, quando surgia a oportunidade de falar sobre, Maria justificava que a “compulsão” estava controlada, e sentia muita vergonha e dificuldade em falar sobre tal assunto. Expressou em alguns momentos preocupação em estar trocando a referida compulsão por outras, como mexer na unha do dedo do pé até ferir e, também, coçar a cabeça até machucar.

1.1.1 A cleptomania a partir da tendência antissocial - Winnicott

Winnicott, conceituou a tendência antissocial a partir de falhas importantes do ambiente. Isto é, falhas ocorridas no ambiente (mãe) que deveria ser suficientemente bom, podem conduzir a um estado de privação - se a criança estiver no estado de dependência absoluta, ou a um estado de deprivação - se estiver no estado de dependência relativa (JUSTO; BUCHIANERI, 2010).

Segundo Justo e Buchianeri (2010), a tendência antissocial está relacionada, especificamente, a deprivação, onde ocorre a perda de algo bom que havia sido positivo na experiência da criança e que lhe foi retirado, no período de dependência relativa. Essa retirada é uma falha ambiental que se prolonga por um período de tempo maior do que aquele durante o qual a criança consegue manter viva a recordação da experiência, ou seja, a memória inconsciente com a manutenção da imago materna.

A característica fundamental da tendência antissocial é o bebê reconhecer a perda de uma condição satisfatória de proteção, segurança e

correspondência entre ele (Eu) e o mundo (outros). Para tanto, o bebê já deve ter atingido uma maturidade do ego tal, que lhe permita compreender que a causa de seu sofrimento é externa e não interna, e está localizada no fracasso ambiental. Essa percepção lhe impulsionará a buscar uma cura, por meio da provisão ambiental (WINNICOTT, 2011).

É claro que não é comum que a privação e o sofrimento que essa falha produz estejam disponíveis à consciência, de tal modo que, em vez de palavras, encontramos na clínica uma tendência antissocial e que pode se cristalizar em delinquência e recidivas (WINNICOTT, 2011, p. 97).

Para Winnicott “o furto está no centro da tendência antissocial, associado à mentira” (WINNICOTT, 2012, p. 141).

A criança que furta um objeto não está desejando o objeto roubado, mas a mãe, sobre que ela tem direitos. Esses direitos derivam do fato de que (do ponto de vista da criança) a mãe foi criada pela criança. A mãe satisfaz a criatividade primária da criança e, assim, converteu-se no objeto que a criança estava disposta a encontrar. (A mãe não podia ter criado a mãe; além disso, o significado da mãe para a criança depende da criatividade desta última) (WINNICOTT, 2012, p. 141).

O tratamento da tendência antissocial, segundo Winnicott (2012), deve ser por meio do provimento de cuidados, é o ambiente (analista) que deve dar uma nova oportunidade à ligação egóica interrompida pela falha ambiental no apoio ao ego.

Nesse sentido, Winnicott fornece subsídios para justificar a cleptomania de Maria, isto é, o afastamento inesperado e, possivelmente, prolongado da mãe por dois ou três dias, possivelmente favoreceu o surgimento da tendência antissocial (deprivação) de minha paciente.

É possível observar no decorrer do processo analítico de Maria, que houve o momento inicial de hesitação em que Maria expressou interesse pela

análise, mas se colocou de forma tímida e inibida. Ao perceber o setting analítico como um espaço potencial, sentiu-se segura para falar de seus segredos que tanto a angustiavam, isto é, apropriou-se e passou a usar o referido espaço/ambiente ativamente.

O trabalho da analista foi o de manter-se presente/disponível, acolhendo e sustentando a situação clínica no tempo, bem como o de oferecer condições para o surgimento do gesto criativo de Maria. Vale ressaltar a necessidade de continuidade do trabalho com Maria, pois viver continuava lhe causando dor, dores da alma que se refletiam no corpo.

Por fim, ficou o questionamento e reflexão: Maria roubava o meu tempo, ou como diz Safra (1999) brincava de usar e destruir o objeto subjetivo (analista), por meio da transferência?

1.2 Eduarda: a paciente inconformada

Eduarda, 38 anos, servidora pública, tem uma filha de 17 anos, casada pela segunda vez, e o casamento encontrava-se em crise significativa devido ao ciúme patológico do marido.

Buscou ajuda inicialmente antes do segundo casamento, onde permaneceu em psicoterapia de grupo (base analítica) por dois anos, interrompeu um ano, e retornou à análise (individual). As queixas apresentadas inicialmente foram: depressão, insônia, raiva, forte irritação, ansiedade e solidão, queixas que a impediam ou dificultavam não só de estabelecer como manter qualquer tipo de relacionamento (familiar, profissional e afetivo). Realizava, também,

acompanhamento psiquiátrico e fazia uso de medicação. Apresentava ideação suicida.

A única relação, significativa, ressaltada pela paciente, era com sua filha. A partir do seu relato, foi possível observar que a filha em muitos momentos cuidava de Eduarda. Isto é, acolhia o seu choro, respeitava o seu silêncio e cuidava da mãe quando tinha pesadelos.

Durante os dois anos de psicoterapia de grupo, Eduarda manteve-se em silêncio durante o primeiro ano, mas não faltou a nenhuma sessão. No segundo ano, começou a expressar o seu sofrimento decorrente do sentimento de falta de amor de sua mãe, a sua história de vida e os dramas que a caracterizaram.

Após dois anos, a paciente interrompeu a psicoterapia devido à saída das duas analistas que conduziam o grupo. Preferiu interromper a dar continuidade com as duas novas terapeutas que assumiram o grupo.

Eduarda retornou a análise um ano e dois meses depois, quando soube do meu retorno. Em seu retorno a queixa inicial manteve-se, tendo o conflito conjugal se somado.

Em relação à história de vida de Eduarda, vale destacar que: tem dois irmãos, apresenta grande semelhança física e afinidade com o pai já falecido. Aos seis anos sua mãe foi esfaqueada pelo pai e até hoje Eduarda desconhece o motivo. A partir deste episódio a paciente nunca mais viu o pai, pelo fato de sua família materna não ter permitido, situação que lhe causava muito ressentimento.

Após a tentativa de homicídio do pai em relação à vida de sua mãe, Eduarda foi morar com sua tia, e ficou separada da mãe até os 12 anos de idade.

Diz que teve que aprender a se defender muito cedo, e a forma utilizada era gritando e intimidando as pessoas. Sofreu abuso sexual de um primo no período que morou com a tia, mas ninguém pôde tomar conhecimento porque a paciente precisava morar na casa da tia. Só aos 36 anos a paciente decidiu revelar à analista o abuso sexual sofrido, revelação que nunca havia feito a ninguém.

Na adolescência, Eduarda foi rebelde, não levou os estudos a sério, principalmente por apresentar dificuldades de concentração e aprendizagem. Nessa fase de sua vida, saía, bebia e namorava muito. Aos vinte anos engravidou e morou com o pai da filha durante 8 anos, e em função das traições do mesmo separou-se e ficou sozinha por nove anos, tornou-se evangélica e, casou-se novamente.

Após o término do primeiro casamento, Eduarda conseguiu com muita dificuldade (financeira e pelo fato de ter uma filha pequena) fazer dois cursos técnicos, e passar em concurso público. Em função do provável término do segundo casamento, conforme acredita e afirma, a paciente relembra tudo que sempre lhe disseram, principalmente sua mãe.

No decorrer do processo analítico, observou-se que a demanda de Eduarda era de ser amada por sua mãe, ou pelo menos saber porque não era amada pela mesma. As falas recorrentes eram: “eu não sei porque ela não gosta de mim, ela não me enxerga, não me toca”, “será que é porque sou negra como meu pai?”; “é como se eu não existisse”; “já que sou uma coisa ruim, pra que viver?”; “minha mãe fala que eu sou difícil, que eu não sirvo para ficar com ninguém”; “já coloquei na minha cabeça que a minha mãe não gosta de mim mesmo...”, “me sinto anestesiada, não sei o que eu quero mais”, “minha vontade é ficar quieta, não ver ninguém”. Eduarda dizia que, apesar de saber que a crise do casamento era

decorrência do ciúme patológico do marido, os pensamentos relacionados à culpa retornaram, porque sempre lhe disseram que era uma pessoa difícil.

Foi possível observar, durante o processo psicoterápico, algumas lacunas na história de vida de Eduarda. Isto é, não se lembrava da sua relação com a mãe antes dos seis anos de idade; não se lembrava, também, da relação da mãe com o pai; desconhecia o(s) motivo(s) relacionado(s) a tentativa do pai assassinar sua mãe; não sabia porque a mãe não lhe amava apesar de já ter lhe perguntado algumas vezes e a mãe manter-se em silêncio; não sabia porque o pai não a levou junto quando pensou em separar-se de sua mãe, conforme já havia prometido; e não se conformava de ter sido afastada do pai e impedida de revê-lo desde o episódio da tentativa de homicídio.

1.2.1 Segundo Winnicott *“Tudo começa em casa”*

Winnicott (2011), compreende o universo de pessoas, a partir de duas classes. Uma classe refere-se aquelas que nunca sofreram desapontamento quando bebês, e por isso, tem condições de viver de forma saudável. E a outra classe são as pessoas que sofreram experiências traumáticas, decorrentes de decepções com o ambiente, e que carregam as lembranças do estado em que se encontravam no momento do trauma. Estas pessoas tendem a levar vidas agitadas, tensas e com chances à doença.

Nesse sentido é possível compreender o sofrimento apresentado por Eduarda, a partir da interrupção e falta significativa das grandes figuras de sua vida, mãe e pai. O afastamento obrigatório de sua mãe, ocorrido precocemente, de forma trágica e traumática, por seis anos, gerou uma irremediável lacuna em sua vida. O

drama familiar desta paciente deixou marcas que até então não haviam sido compreendidas e nem cicatrizadas.

O processo analítico consistiu na tentativa de Eduarda encontrar um sentido para tudo o que sentia, a partir de tudo que viveu e vivia. Para tanto, o trabalho preponderante com Eduarda foi o manejo/cuidado e interpretação, juntamente com o espaço potencial construído com a mesma, durante o seu processo analítico. Tal conduta lhe forneceu segurança para falar e reviver a sua dor. Pôde reiteradamente falar sobre a raiva da mãe não reconhecê-la e amá-la, bem como se interrogar sobre possíveis causas que a levaram tratá-la com indiferença.

Observou-se ao longo dos quase três anos de análise, um avanço apesar de alguns retrocessos. Isto é, quando Eduarda procurou ajuda, estava com 36 anos, mas o que comparecia no setting analítico era uma criança de seis anos, marcada pelo momento em que a mãe foi esfaqueada, o pai fugiu e Eduarda foi retirada de sua família. Somou-se, ainda, durante o seu processo de análise, o sentimento de abandono e reação à saída das duas analistas.

O segundo momento da análise, caracterizou-se por um longo período em que Eduarda se questionava e expressava todo o ressentimento de ter sido separada do pai e não amada pela mãe. Ressentimento por sentir-se sozinha e tendo que aprender a sobreviver e a se defender, o que justificava a irritação, raiva e explosões que tanto se queixava. Sentimentos decorrentes da temporada passada na casa da sua tia.

Por fim, o terceiro momento do processo foi quando Eduarda começou a

interromper as reiteradas tentativas em obter o amor de sua mãe e, também, compreender a falta desse amor. Como não obtinha as respostas tanto desejadas, iniciou o processo de aceitação. Esse momento ocorreu após o retorno da analista/mãe e da análise/maternagem, momento este que favoreceu uma reparação e, também, a possibilidade de iniciar a elaboração.

1.3 Clara: a paciente e se cortava

Clara, 27 anos, solteira, universitária, morava com amigas, também universitárias, procurou ajuda porque já não confiava mais nela mesma. Isto é, buscou ajuda para não se matar. As queixas expressadas foram automutilação, vazio, depressão, e falta de sentido para sua vida.

O ato de se automutilar estava descontrolado, as marcas pelos braços e pernas eram muitas. Clara informou que se cortava com qualquer tipo de lâmina, e dispunha de muitas, queixou-se da impossibilidade de interromper os cortes.

Disse que não fazia mais nada, não conseguia frequentar as aulas, e já não tinha mais tanta certeza de nada, isto é, já não sabia mais quem era e o que queria da vida. Questionava-se, principalmente, sobre o curso escolhido e sobre a homossexualidade já assumida.

Clara tinha uma irmã, cinco anos mais nova, também universitária. A irmã, apesar de morar com os pais, fazia-se presente na vida de Clara, tendo inclusive a acompanhado à análise.

Clara disse ter problemas com o pai, motivo pela qual não morava com a família. Confiava apenas na mãe e irmã. Os pais sempre foram evangélicos, e por

causa das demandas da igreja, não estiveram presentes quando Clara e a irmã eram crianças.

A avó materna foi quem se ocupou dos cuidados de Clara, e esta se ocupou dos cuidados da irmã. Contou que sua vida começou a desmoronar quando descobriu a infidelidade do pai, quando tinha 17 anos. Até então tinha muita admiração e afinidade pelo mesmo. Outro impacto em sua vida foi o falecimento da avó, quando estava com 18 anos.

A partir da traição do pai e falecimento da avó que a criou, Clara começou a sentir uma tristeza profunda e frequente. A ocorrência de desentendimentos com o seu pai agravou-se com a sua saída da igreja evangélica e com o fato de assumir a sua homossexualidade.

A busca pela análise demonstrou o desejo de Clara em mudar sua vida. Porém, a automutilação estava tão intensa e freqüente que Clara não sabia como interromper. Clara e sua irmã que a acompanhava foram orientadas a buscar, também, ajuda psiquiátrica.

O holding, o manejo e o espaço potencial oferecidos a Clara foram fundamentais para o processo terapêutico da mesma. A segurança e confiança da paciente permitiu que falasse, escrevesse e desenhasse as suas dores e marcas, tão bem representadas em seu corpo.

Observou-se um envolvimento de Clara em seu processo, na medida em que aceitou ser atendida três vezes por semana, ser monitorada por telefone, e fazer contato com a analista no momento em que a angústia e pensamentos suicidas compareciam.

Paralelo à análise, Clara buscou ajuda psiquiátrica e começou a fazer uso de medicação. A internação foi aventada como uma possibilidade, porém, a irmã rejeitou a possível indicação, e se comprometeu a acompanhar Clara em período integral.

Observava-se uma piora de Clara, após os finais de semana que passava na casa dos pais. Isto porque o pai, ao contrário de lhe dar atenção e apoio, gritava e a pressionava a ponto de ter afirmado “se você quer morrer então você pode morrer”. Clara disse que tal afirmativa ficou “martelando” em sua cabeça - “você pode morrer”.

Alguns dias após a discussão com o pai, em um momento de muita angústia, Clara usou a lâmina para escrever, em sua barriga, você pode morrer. Assim, a falta de confiança e danos de Clara a si mesma, fez com que por iniciativa própria se internasse. Porém, ao entrar em contato com a realidade de um hospital psiquiátrico, Clara imediatamente arrependeu-se e implorou a sua mãe, no dia seguinte, que lhe tirasse do hospital.

Os pais assustados e penalizados, autorizaram a saída de Clara do hospital, apesar da indicação médica contrária. A partir de então a mãe assumiu os cuidados da filha, que continuou o processo analítico e acompanhamento psiquiátrico.

1.3.1 Autodestrutividade, e a tendência antissocial – Winnicott

Winnicott (2012) postulou que a tendência antissocial apresenta sempre duas direções, o roubo e a destrutividade, podendo uma direção ser mais acentuada que a outra. E as raízes da tendência antissocial estão na busca de

objeto e a destruição.

O indivíduo, por meio da destrutividade, busca um suprimento ambiental perdido, trata-se de “uma ação humana que, uma vez que se possa confiar nela, dê liberdade ao indivíduo para se movimentar, agir e se excitar” (WINNICOTT, 2012, p. 141).

É sobretudo por causa da segunda tendência que a criança provoca reações ambientais totais, como que buscando uma moldura cada vez mais ampla, um círculo que teve como seu primeiro exemplo os braços da mãe ou o corpo da mãe. É possível discernir uma série – o corpo da mãe, os braços da mãe, a relação parental, o lar, a família (incluindo primos e parentes próximos), a escola, a localidade com suas delegacias policiais, o país com suas leis (WINNICOTT, 2012, p. 141).

Durante o processo analítico de Clara, observou-se uma intensa demanda de atenção e cuidado à analista, por isso, a predominância do manejo. Ao contrário de uma pessoa de 27 anos, Clara se apresentava como uma criança pequena, com comportamento e fala infantilizada.

Segundo Winnicott (2000), o analista necessita responder adequadamente às necessidades primárias do paciente, atuando no contexto da maternagem, uma vez que o paciente encontra-se em uma organização em que a integração egóica encontra-se ausente. O grau de dependência (infantil) do paciente nesse processo pode ser extremamente intensa, onde Winnicott afirma que “o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala” (WINNICOTT, 1983, p. 149).

Por fim, a mãe assumiu o cuidado integral de Clara, após a saída da mesma do hospital psiquiátrico. A mãe disse “vou cuidar dela como se fosse um bebê”. E, Clara por sua vez, aceitou prontamente e sem qualquer objeção, ser

cuidada. Clara reconheceu, inclusive, os cuidados e atenção recebidos como algo não obtido na infância, tendo dito “o que eu não tive quando pequena estou tendo agora”. A dificuldade maior foi o pai, que a tratava de forma mais dura, tendo chegado a ameaçá-la de nova internação caso continuasse a se cortar.

Ao finalizar a apresentação dos três fragmentos clínicos, vale ressaltar que o processo analítico de Maria, Eduarda e Clara foram caracterizados, principalmente, pelo manejo. O holding se fez presente também, isto é, foi oferecido uma sustentação por meio de um ambiente suficientemente bom, que se adaptava às constantes mudanças das pacientes. O manejo relacionou-se as ações da analista e alterações do setting que se fizeram necessárias na análise de cada uma, isto é, prevenção de risco de suicídio por meio de contrato de vida, monitoramento por telefone nos finais de semana, encaminhamento à psiquiatria, sensibilização de internação e contato com família (Clara), e aumento do número de sessões, bem como adequação das mesmas conforme a necessidade de cada analisanda.

Importante destacar, ainda, que aos poucos foi sendo construído, por mim e analisandas, o espaço potencial. Espaço este que favorecia a segurança e confiança de todas para falarem sobre elas (mundo interno) e sobre elas em relação com o outro (mundo externo); enfim, para experimentarem ser ‘simplesmente’. Faz-se necessário mencionar que pontuações e interpretações foram feitas, mas sempre no sentido de conectar os sofrimentos apresentados com a própria história de vida de cada uma.

2 WINNICOTT E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

(...)

*Que sou eu neste mundo? A deserdada,
A que prendeu nas mãos todo o luar,
A vida inteira, o sonho, a terra, o mar,
E que, ao abri-las não encontrou nada!
Ó Mãe! Ó minha Mãe, pra que nasceste?
Entre agonias e em dores tamanhas
Pra que foi, dize lá, que me trouxeste
Dentro de ti?...pra que eu tivesse sido
Somente o fruto das entranhas
Dum lírio que em má hora foi nascido!...*

Florbela Espanca - Deixai entrar a morte - Sonetos

A contribuição de Winnicott ao desenvolvimento emocional primitivo deve-se ao fato de sua clínica ter se caracterizado, predominantemente, por pacientes psicóticos, e mais ainda de pacientes fronteiriços e esquizóides. A análise de tais pacientes, conduziram o seu interesse e, conseqüentemente, a sua produção teórica sobre o desenvolvimento das primeiras fases da vida emocional do bebê. Importante destacar que a formulação da referida teoria foi facilitada pelo fato de Winnicott ser pediatra, o que favoreceu a sua observação e o seu interesse pela dupla mãe-bebê (FORLENZA NETO, 2004).

Winnicott (2000) considera de importância máxima a relação mãe-bebê, em sua etapa inicial. Por isso, o seu interesse em estudar a função materna nas fases mais primitivas, período em que a mãe apresenta um estado particular, um estado psicológico que designou como preocupação materna primária.

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez.
Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê.
Difícilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram.
Eu daria um passo mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 2000, p. 401).

Winnicott (2000) considera fundamental levar em consideração o estado da mãe acima referido, um estado de sensibilidade acentuada todas as vezes que se fizesse referência à fase inicial do bebê. Entretanto, muitas mulheres, apesar de serem boas mães, não têm a capacidade de adquirir esse estado, estado que possibilita adequar-se às necessidades do bebê já no início da vida. É um estado que a mãe se preocupa exclusivamente com o seu bebê, não há espaço para nenhum outro interesse provisoriamente. Pode acontecer de uma mãe apresentar o referido estado com um filho e não com outro.

Nesse sentido, Winnicott (2000) postula que se a mãe oferece uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a vida da criança é pouco alterada por reações à intrusão. Quando há reação à intrusão, é porque houve falha do ambiente e a consequência é a suspensão do 'continuar a ser' do bebê. A ocorrência de reações em demasia provoca uma ameaça de aniquilação e não frustração, "fracassos na confiabilidade ambiental nos estágios iniciais produzem no bebê fraturas da continuidade pessoal, por causa das reações ao imprevisível. Estes eventos traumáticos conduzem consigo uma ansiedade impensável (...)" (WINNICOTT, 1994, p. 153).

Observa-se, assim, a importância que Winnicott dá à função desempenhada pela mãe na relação com o seu bebê, podendo essa função ser desempenhada por uma mãe suficientemente boa ou por uma mãe não suficientemente boa. Mãe suficientemente boa é a que alimenta a onipotência do bebê repetidamente, e assim, "um self verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do bebê pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente" (WINNICOTT, 1983, p. 133).

A mãe não suficientemente boa já não tem a capacidade de complementar a onipotência do bebê, e assim, falha reiteradamente em atender o gesto do bebê; ao contrário, o seu próprio gesto é impresso, que é validado pela rendição do bebê. O falso self se inicia a partir da submissão do bebê, em decorrência da inabilidade da mãe de sentir as verdadeiras necessidades do bebê (WINNICOTT, 1983).

Enfim, o estabelecimento do ego requer uma regularidade no ‘continuar a ser’, isto é, é necessário que não seja interrompido por reações à intrusão. Assim, para que a continuidade aconteça é indispensável que a mãe encontre-se no estado de preocupação materna primária (WINNICOTT, 2000).

Winnicott (2000), ressalta que a impossibilidade da mãe em adaptar-se à fase mais primitiva – falha materna, que se caracteriza no final da gravidez até as primeiras semanas após o nascimento do bebê, leva à sensação de aniquilação do eu do bebê. O interessante é que as falhas são sentidas como ameaças à existência pessoal do eu, porém, como na maioria das vezes a aniquilação não ocorre e o bebê se recupera repetidas vezes, surge, então, a confiança na recuperação que se transforma e leva ao ego a capacidade de suportar frustrações.

Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse eu que pode dar-se ao luxo de morrer nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e se não houver caos em excesso o sentimento final será o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações. Quando não há caos surge um eu falso que esconde o eu verdadeiro, que se submete às exigências, que reage aos estímulos e que se livra das experiências instintivas tendo-as, mas que está apenas ganhando tempo (WINNICOTT, 2000, p. 404).

Assim, o eu falso refere-se a um mecanismo de defesa decorrente de uma falha de adaptação do ambiente no primeiro estágio.

Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa de início, se pode esperar que o lactente morra fisicamente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O lactente permanece isolado. Mas na prática o lactente sobrevive, mas sobrevive falsamente. O protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido desde os estágios iniciais. O quadro clínico é o de irritabilidade generalizada, e de distúrbios da alimentação e outras funções que podem, contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior (WINNICOTT, 1983, p. 134).

Observa-se, dessa forma, que a constituição do ego realiza-se a partir de um somatório de experiências tranqüilas, mobilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar para que haja recuperação das reações contra as intrusões do ambiente (WINNICOTT, 2000). Por isso, é necessário que o indivíduo tenha o seu início nesse ambiente suficientemente bom, porque assim “as crianças médias têm a oportunidade de construir a capacidade de acreditarem em si mesmas e no mundo: elas constroem uma estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada (WINNICOTT, 1994, p. 153).

Winnicott (1983), sustenta que a função materna permite à mãe pressentir as expectativas e necessidades do seu bebê, bem como satisfazê-las. Há uma identificação entre mãe e bebê, uma proteção da mãe em relação ao seu bebê, oportunizando, assim, a existência do bebê. Será a partir da devoção da mãe, nesse momento, que o self verdadeiro se originará.

E, uma mãe devotada para Winnicott (1975) implica no exercício satisfatório de suas funções com o bebê, ou seja, segurar e manejar de forma aceitável faz com que em determinado momento o bebê começa a olhar a mãe e a se enxergar nela. Isto é, “no desenvolvimento emocional individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe” (WINNICOTT, 1975, p. 153).

A experiência subjetiva do bebê ao se ver no rosto da mãe a partir do cuidado adequado da mesma, permite o desenvolvimento da ilusão de onipotência, ou seja, o bebê acredita que ele e o objeto são um só, e, também, que o objeto é uma criação sua, por isso, apresenta a capacidade de usar o objeto e senti-lo como se fosse um objeto subjetivo. Num segundo momento, quando o bebê se acostuma ao olhar, o que vê é o rosto da mãe, portanto o rosto da mãe não é mais um espelho. A não reação da mãe, e o conseqüente fracasso materno, resultará na redução da capacidade criativa do bebê e numa ameaça de caos, o que fará com que o bebê pare de olhar ou o faça para se defender, iniciando aí o predomínio do falso self (WINNICOTT, 1975).

E, o self verdadeiro nada mais é que o gesto real e espontâneo em ação, ao contrário do falso self que está relacionado a sensação e sentimento de irreabilidade e futilidade. É ressaltado, por Winnicott, que “o falso self bem sucedido em sua função, oculta o self verdadeiro ou então descobre um jeito de possibilitar ao self verdadeiro começar a existir” (WINNICOTT, 1983, p.135).

É importante salientar que a realidade do self verdadeiro implica em um desenvolvimento de uma organização do ego que é adaptada ao ambiente, ou seja, há uma aspecto submisso do self verdadeiro no viver em sociedade. Há uma habilidade do bebê se submeter e não se expor, habilidade necessária para uma adaptação ao viver social e cultural (WINNICOTT, 1983).

Nesse sentido, a maturidade implica em crescimento pessoal e socialização, isto é, o adulto satisfaz as suas necessidades pessoais sem ser anti-social. Para Winnicott (1983), a independência nunca é absoluta, haverá sempre uma interdependência entre indivíduo e o ambiente, que tem o seu começo após os

estágios iniciais de dependência.

Os estágios de dependência e independência, citados acima, fazem parte do desenvolvimento emocional do ser humano e, segundo Winnicott (1983), se realiza a partir de três estágios no início da vida. Nos primeiros 6 meses, há uma dependência total do bebê com sua mãe, trata-se do primeiro estágio - estágio de dependência absoluta. “Não há, neste estágio tão precoce, nenhum fator externo; a mãe é parte da criança. Neste estágio o padrão da criança inclui a experiência da criança com a mãe tal como ela é em sua realidade pessoal” (WINNICOTT, 1983, p.59).

Dias (1999), faz referência a função essencial de confiabilidade durante o estágio dependência absoluta, pois a referida confiabilidade ambiental contribuirá na formação da identidade e dos sentidos de realidade, do si-mesmo e do mundo. “O bebê é imediatamente afetado pelo tipo de cuidados que recebe. Ou seja, os cuidados maternos participam intrinsecamente da constituição paulatina do si-mesmo do bebê” (DIAS, 1999, p. 290).

O segundo estágio designado por Winnicott (1983) é o da dependência relativa, em que o bebê se adapta a uma falha gradual do ambiente/mãe. O estágio de dependência relativa, que vai, aproximadamente, dos seis meses aos dois anos, é o estágio em que o bebê se diferencia da mãe e percebe a sua dependência, é onde se inicia a compreensão intelectual da realidade apresentada pela mãe devotada, até então. Será nesse estágio, que a mãe voltará a sua vida normal, e então começará a falhar, isto é, o bebê não terá mais as suas necessidades satisfeitas prontamente (WINNICOTT, 1983).

Será no estágio de dependência relativa, conforme é apontado por Winnicott (1990), que o bebê começará a perceber que a mãe e ele não são uma só pessoa, havendo, portanto, um Eu e um não-Eu. Nesse estágio, o bebê se dá conta de que há um interior – dentro e um exterior - fora, é o momento que surge a primeira possessão não-Eu da criança, que Winnicott (1975) chamou de objeto transicional.

O objeto transicional representa uma terceira área, isto é, caracteriza o espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido, e que tanto une quanto separa o bebê e a mãe. É um espaço que possibilita o viver criativo, na medida em que são inseridos criativamente os objetos e fenômenos transicionais caracterizados pela imaginação do bebê, o brincar criativo, a simbolização, a cultura, as artes, a filosofia e a religião, dentre outros (WINNICOTT, 1975).

E o terceiro e último estágio é o que Winnicott (1983), denominou de rumo à independência. Esse estágio se inicia a partir do dois anos, não se finalizando nunca. É uma fase que a criança se depara com o mundo e todas as suas complexidades e, também, se percebe internamente cada vez mais. Quando adultas continuam o processo de crescer e amadurecer, uma vez que a maturidade completa dificilmente será alcançada (WINNICOTT, 1983).

O amadurecimento satisfatório postulado por Winnicott (1990), requer uma continuidade do cuidado e relacionamento entre o bebê e a mãe. “O bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de auto-intergrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa

manter a integração de maneira confiante” (WINNICOTT, 2000, p.224).

A não continuidade da relação acima referida, impede a construção do chamado círculo benigno, isto é, “numa instituição, onde a ‘mãe’ que alimenta de manhã não é a ‘mãe’ que dá o banho e arruma à tarde, a capacidade diária do bebê de fazer reparação é desperdiçada, e o círculo benigno não pode ser construído”(WINNICOTT, 1990, p. 92).

Conforme é apontado por Winnicott (1990), a interrupção do círculo benigno implicará na inibição da capacidade do bebê de amar; na dissociação entre o bebê excitado e o bebê tranqüilo; na perda do sentimento de tranqüilidade; e na perda, também, habilidade de brincar (e trabalhar) de maneira construtiva.

A característica marcante desta teoria do círculo benigno na posição depressiva é a de que ela comporta em seu interior o fato de que na saúde, o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles. Não devemos esquecer que, na infância, a capacidade de reparação é muito limitada – se excluirmos a pronta aceitação, pela mãe, da dádiva simbólica – se a compararmos à capacidade do adulto para contribuir socialmente através do trabalho (WINNICOTT, 1990, p. 92, 93).

Winnicott (1990) ressalta a posição depressiva no desenvolvimento emocional, como uma fase importante do bebê no que se relaciona ao sentimento de culpa. É devido ao sentimento de culpa que o bebê começa a preocupar-se com os relacionamentos, tendo em vista a presença de componentes instintivos ou excitados.

Nesse sentido, será a partir da aceitação da posição depressiva que Winnicott (1990), descreverá novas e importantes maneiras da natureza humana. Assim, três elementos constituem o mundo interno ou realidade interna do bebê, o primeiro elemento refere-se as experiências instintivas propriamente ditas que

podem ser satisfatórias – boas ou insatisfatórias – más.

O segundo elemento relativo ao mundo interno do bebê, diz respeito aos objetos incorporados, a partir de experiências instintivas tanto no amor – bons como no ódio – maus, e por fim o terceiro elemento está relacionado aos objetos ou experiências interiorizadas magicamente e, que tem a função de controlar – mau potencial ou usar como enriquecimento ou controle – bom potencial (WINNICOTT, 1990).

Enfim, para que um indivíduo seja saudável e criativo, é necessário que os processos de integração, personalização e realização tenham se desenvolvido satisfatoriamente.

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro (WINNICOTT, 2000, p. 224).

Tão importante quanto a integração, é o processo de sentir-se dentro do próprio corpo, e será, também, por meio da experiência de ser cuidado fisicamente de maneira repetida e silenciosa que será construída, pouco a pouco, a personalização satisfatória (WINNICOTT, 2000).

E, finalmente, a realização ou relação de objeto se dá a partir da apresentação gradativa da realidade externa ou compartilhada. Para tanto, faz-se necessário que a mãe traga o mundo para o bebê num formato acessível e de maneira limitada, conforme as suas necessidades.

Assim, é possível observar ao longo deste capítulo a atenção e contribuição de Winnicott à teoria do amadurecimento, mais especificamente aos

estágios iniciais da vida e ao relacionamento dual mãe-bebê. Isto porque segundo Dias (2008), será a partir desses estágios e a relação estabelecida entre mãe-bebê, que serão fornecidas as bases para o desenvolvimento da personalidade e saúde psíquica.

Apesar de o processo de amadurecimento não ser linear, algumas conquistas têm pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras, que são a sua condição de possibilidade. Ou seja, a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução das tarefas dos estágios anteriores. Se ocorre fracasso na resolução da tarefa de uma certa etapa, novas etapas vão surgindo, mas o indivíduo, não tendo feito a aquisição anterior, carece da maturidade necessária para fazer-lhes frente; ele pode até resolvê-las, mobilizando a mente e/ou uma integração defensivo do tipo falso si-mesmo, mas , apoiadas em bases falsas elas não farão parte intrínseca do seu si-mesmo como aquisições pessoais (DIAS, 2008, p. 34).

Dias (1999) aponta os cuidados maternos indispensáveis ao desenvolvimento satisfatório do bebê, ou seja, sustentação – holding; manejo/cuidado - handling e apresentação de objetos - object-presenting. Isto é, Winnicott (1994), faz referência a três aspectos ligados um ambiente facilitador, sustentação, manejo e realização.

A característica central do primeiro mundo onde o bebê habita é a de ser confiável. A confiabilidade materna não reside em nenhum fazer específico mas no 'como', no 'modo como' ela faz e providencia as coisas que são necessárias ao bebê, Mais do que qualquer fazer, são os modos de ser da mãe que estão em questão (DIAS,1999, p. 291).

O termo sustentação – holding, usado por Winnicott (1994), caracteriza todo o cuidado físico que a mãe proporciona ao bebê, cuidado fundamental para sentirem-se reais. A confiabilidade é alcançada por meio de uma comunicação silenciosa dos cuidados da mãe, cuidados esses cuja repetição os torna previsíveis e protetores. Isto é, a confiança faz com que o bebê sinta-se protegido de reações automáticas às intrusões da realidade externa, reações que poderiam romper o

sentimento de continuidade, e constituir-se em traumas.

Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (WINNICOTT, 1994, p. 201).

O processo analítico oferecido por Winnicott, segundo Naffah Neto (2005), possibilita oferecer ao paciente uma nova chance, ao retomar processos traumatogênicos paralisados no tempo. A clínica da experiência oferecida por Winnicott, viabiliza o surgimento da criatividade na medida em que as defesas são gradativamente dispensadas.

A transferência permite “refazer analiticamente caminhos passados, possibilitando a passagem pela área da experiência de acontecimentos essenciais ao amadurecimento, que dela ficaram clivados na história original” (NAFFAH NETO, 2005, p.13). Tal situação é possível, ou seja, as retomadas ao passado são possíveis por meio da regressão ao estado de dependência ocorrida durante o processo analítico, conforme será visto no capítulo a seguir.

3 A CLÍNICA DE WINNICOTT COM PACIENTES DE DIFÍCIL TRATAMENTO

(...)

*O que é que tem?! Tão nova e sempre triste!
 Faça por estar contente! Pois então?! ...”
 Quando se sofre, o que se diz é vão ...
 Meu coração, tudo, calado, ouviste ...
 Os meus males ninguém os adivinha ...
 A minha Dor não fala, anda sozinha ...
 Dissesse ela o que sente! Ai quem me dera! ...
 Os males de Anto toda a gente os sabe!
 Os meus ... ninguém ... A minha Dor não cabe
 Nos cem milhões de versos que eu fizera! ...
 Florbela Espanca - Impossível - Livro de Mágoas*

Winnicott (2011), divide o universo de pessoas em duas classes: uma classe corresponde aquelas pessoas que jamais se frustraram excessivamente enquanto bebês, e por isso, tem grandes chances de viver com alegria e aproveitar a vida; e a segunda classe refere-se aquelas pessoas que vivenciaram experiências traumáticas em sua relação com o ambiente, e que carregam consigo lembranças do estado em que se encontravam no momento em que ocorreu o trauma. A última classe de pessoas possivelmente terão vidas agitadas e tensas e, com grandes chances à doença.

Segundo Winnicott (2011), o desenvolvimento emocional do indivíduo pode ser interrompido em função de um transtorno psicológico caracterizado pela imaturidade do crescimento emocional. Três categorias relacionadas a imaturidade pessoal são diferenciadas por Winnicott, uma é a psicose, que abarca todos os transtornos dos indivíduos que foram bem cuidados durante os primeiros estágios e, que a psicanálise clássica, fundada por Freud, tão bem dá conta. Isto é, faz parte

dessa primeira categoria indivíduos inteiros, cujas dificuldades estão no âmbito de relacionamentos interpessoais (WINNICOTT, 2000).

A segunda categoria, diz respeito aos indivíduos que começaram bem, mas houve uma falha do ambiente em algum ponto ou repetidamente, durante um tempo prolongado (WINNICOTT, 2011). Segundo Winnicott (2000), trabalhar com esta categoria de indivíduos não é muito diferente de como se trabalha com a primeira categoria, porém, novos problemas de manejo surgirão, em função da ampliação do material clínico apresentado. O principal para Winnicott, “é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico” (WINNICOTT, 2000, p. 375).

A terceira categoria está relacionada a psicose, e diz respeito a algo de errado acontecido nas fases mais precoces do desenvolvimento primitivo infantil (estágio de dependência absoluta), ocasionando, por isso, um transtorno na composição básica da personalidade do indivíduo. Winnicott (2000), aponta que nesta categoria a ênfase será dada ao manejo clínico que ocupará a totalidade do espaço, devendo o trabalho analítico ser deixado de lado por um longo tempo.

Para Winnicott (2000), a teoria concebida por Freud para a apreensão das neuroses não é suficiente para apreensão e clínica da psicose ou das ocorrências de natureza psicótica que surgem no tratamento analítico. “O estudo do lugar da regressão no trabalho analítico é uma das tarefas que Freud deixou a nosso cargo, e creio que a nossa sociedade encontra-se em condições de realizá-la” (WINNICOTT, 2000, p. 374). Assim, a grande contribuição de Winnicott se relaciona a clínica de pacientes regredidos.

Tem de se presumir que a minha experiência clínica de casos adultos seja a de um psicanalista que, goste ele disso ou não, se torna envolvido no tratamento de pacientes fronteirços (borderline) e daqueles que, talvez inesperadamente, tornam-se esquizóides durante o tratamento (WINNICOTT, 1994. p. 151).

Entretanto, faz-se importante mencionar que Winnicott (2000), adota na clínica com pacientes regredidos os princípios básicos da psicanálise, ou seja, o inconsciente continua conduzindo o processo, acompanhado pelo analista. A orientação dada por Winnicott, é que o analista deve se deixar conduzir pelo processo inconsciente do paciente, e não sair da sua função e tornar-se diretivo. Este trabalho é possível assim como na neurose, considerando é claro as diferenças existentes entre os dois tipos de trabalho.

Nesse sentido, a regressão é compreendida, por Winnicott, como o oposto de progresso, e pela psicanálise a partir da idéia de uma organização do ego e uma ameaça de caos. Considera “que a idéia da regressão implica num mecanismo de defesa do ego muitíssimo organizado, do qual faz parte a existência de um falso eu” (WINNICOTT, 2000, p.378).

Winnicott (1994), concebe a regressão de duas formas, uma refere-se a retroação em uma direção oposta ao movimento para frente do desenvolvimento, e que bloqueia os mecanismos de crescimento do indivíduo; a outra forma de regressão, é diferente apesar da semelhança clínica, isto é, o paciente regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite a dependência.

Segundo Hisada (2002, p. 70), “a regressão à dependência é uma tentativa de busca, de encontro com as necessidades de nossos pacientes”. Regredir é uma experiência que implica abrir mão da segurança adquirida e abrir mão dos serviços do falso ego, experiência esta que favorece o surgimento do ego

real.

É apontado por Winnicott (2000), que ao perceber a regressão durante a sessão analítica, o analista poderá recebê-la, e assim consentir que os pacientes, não muito comprometidos psiquicamente, façam uma regressão necessária em fases de curta duração. Importante destacar que Winnicott (2000), diferencia o retraimento da regressão, ou seja, o paciente se retrai para sustentar o eu, mas se o analista percebe e oferece uma sustentação para o paciente no instante em que o retraimento surge, então o referido retraimento poderá se transformar em regressão. E, o benefício da regressão é a possibilidade de retificar uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce.

Winnicott (1994, 2000), aceitava os princípios básicos da análise, e estabelecidos por Freud, essencial a todo o trabalho. E, também, respeitava o setting criado e usado por Freud para compreender, analisar e interpretar o material produzido pelo paciente.

Porém, Winnicott (1994), alerta que com alguns pacientes, o setting e a manutenção dele apresenta-se mais importante do que propriamente a forma que se trabalha com o material. “Em alguns pacientes, com um certo tipo de diagnóstico, a provisão e a manutenção do setting são mais importantes que o trabalho interpretativo” (WINNICOTT, 1994, p. 77).

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento, por uma hora, ou por um longo período de tempo) o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado. Em situações extremas não se pode mais dizer que o divã representa o analista (WINNICOTT, 2000, p. 365).

Em análise o desejo do paciente é algo presente e fundamental,

entretanto, torna-se inapropriado com pacientes regredidos, devendo ser trocado por necessidade, conforme alerta Winnicott (2000). Alerta, ainda, para a importância de ser tolerada a atuação nesse tipo de trabalho, pois tanto analista quanto paciente serão surpreendidos pelas revelações que surgem nesses momentos de atuação. Winnicott (2000), chama a atenção para o valor de se traduzir em palavras o que foi possível ser compreendido, a partir da atuação. Sugere a seguinte sequência:

1. Uma declaração do que aconteceu durante a atuação.
2. Uma declaração do que era esperado da parte do analista. Disto se pode deduzir:
3. O que aconteceu de errado na situação da falha ambiental original. Isto leva a algum alívio, mas em seguida acontece:
4. Raiva pertencente à situação da falha ambiental original. Esta raiva talvez esteja sendo sentida pela primeira vez, e o analista pode agora participar sendo usado como referência às suas falhas, mais que a seus êxitos. Isto seria desconcertante – a não ser que seja compreendido. O progresso ocorreu graças à cuidadosa tentativa do analista de adaptar-se, mas é a falha que será apontada como importante nesse momento, pelo fato de reproduzir a falha ou trauma original. Em casos favoráveis, ocorrerão finalmente:
5. Um novo sentimento de eu no paciente, e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro. Este último é que será a recompensa do analista, através de sua identificação com o paciente. Nem sempre ocorrerá o estágio seguinte, em que o paciente consegue compreender o esforço realizado pelo analista e dizer um ‘muito obrigado’ verdadeiramente significativo (WINNICOTT, 2000, p. 387).

Nesse sentido, é possível observar que a regressão e, por conseguinte o ‘acting-out’, que ocorrem na clínica winnicottiana, são fundamentais por oportunizarem experiências, a partir da relação analítica, de falhas ambientais e de vivenciarem partes dissociadas na relação primitiva mãe-bebê (FORLENZA NETO, 2008)

Importante a consideração de Winnicott (2000), quando afirma que a regressão não depende da vontade do analista, a sua indicação será por motivos

patológicos. Isto porque, a regressão organizada à dependência, é uma situação muito dolorosa para o paciente. Mas, por meio dela será possível o paciente encontrar o eu, assim como os processos básicos que fazem parte do desenvolvimento verdadeiro, enfim o paciente começa a sentir-se real.

Dias (2008), remete a proposta de Winnicott a uma relação terapêutica de suporte, que favoreça o surgimento de regressões sucessivas do paciente, para que assim o falso self prescindia de sua função defensiva, e possibilite o aparecimento do self verdadeiro. Ou seja, trata-se de uma relação que privilegia inicialmente o processo experiencial, e não a simbolização, pois esta será uma consequência da experiência ocorrida no espaço potencial. O analista terá a função principal de sustentar o processo, e em vários momentos organizar e fornecer um certo contorno provisório para o mundo cindido e, algumas vezes, caótico do paciente.

Não se trata, evidentemente, de negar o valor terapêutico da interpretação ou da construção psicanalíticas, quando usadas de forma cuidadosa, criteriosa e sintônica com o paciente, mas de estar atento ao caráter de intrusividade que possam ter, em momentos cruciais da análise, quando tratamos um paciente-limite. Winnicott, mesmo quando cuidava de pacientes normais/neuróticos, dava uma importância muito grande à sustentação do processo analítico, dando tempo para que o paciente pudesse, no seu tempo próprio, ir elaborando os impasses e abrindo caminho ao devir e evitando qualquer processo interpretante de decodificação simbólica, realizado sem a sustentação necessária (NAFFAH NETO, 2005, p. 18).

Safra (2005), indica a necessidade do analista dispor de procedimentos que favoreçam aos pacientes regredidos fazer uso do campo transferencial para constituir o seu self, que ainda não se realizou. É importante que o analista ofereça as condições necessárias para que o paciente continue o seu desenvolvimento. Porque somente assim, será possível uma apresentação do self em gesto e em imagens sustentadas pela transferência estabelecida, onde o paciente se constitui e se significa frente ao outro.

Winnicott, relacionou o trabalho analítico a partir do “vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (self) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho” (WINNICOTT, 1975, p. 161). Ou seja, o analista deve trabalhar no sentido de favorecer o encontro do paciente com o seu self verdadeiro, e se for suficientemente bom (analista) o paciente será capaz de descobrir o seu próprio eu e, assim, viver e sentir-se real, enfim, existir como si mesmo.

Forlenza Neto (2008) faz referência aos principais elementos do manejo do setting requerido pela clínica de Winnicott, ou seja, aponta os seguintes elementos: silêncio do analista; prolongamento da duração da sessão; autorização para que o paciente se movimente – andar, sentar ou ficar de pé na sala; oferecimento de mais de uma sessão por dia quando necessário; aceitar ser visto (analista) como uma continuação do setting; e suportar (analista) ser “ignorado” ou não notado pelo paciente, de forma aparente. Serão os elementos acima referidos que contribuirão para o surgimento e desenvolvimento do verdadeiro si-mesmo (self) e das necessidades ligadas a ele.

Será o setting analítico, enfim, o responsável por oferecer as condições necessárias à continuidade do desenvolvimento do paciente. Segundo Hisada (2002), as características principais para utilização do setting são a estabilidade e previsibilidade, viabilizadas pelo enquadre do tempo e espaço. “O setting winnicottiano é um ambiente facilitador, com um analista real disponível para se adaptar às necessidades dos pacientes. A adaptação passa a ser uma norma e favorece uma nova possibilidade de desenvolvimento” (HISADA, 2002, p. 88).

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança

de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (WINNICOTT, 2000, p. 395).

A seguir serão descritos os eventos fornecidos por Winnicott (2000), que fazem parte do processo analítico, e que se repetem diversas vezes.

1. O fornecimento de um contexto que proporciona confiança.
2. A regressão do paciente à dependência, com a devida percepção do risco envolvido.
3. O paciente sente o eu de um novo modo, e o eu até aqui oculto é entregue ao ego total. Novo progresso do indivíduo a partir de onde o processo havia parado.
4. Descongelamento da situação da falha original.
5. A partir da nova posição de força do ego, raiva relativa à situação da antiga falha, sentida no presente e explicitada.
6. Retorno da regressão à dependência, num progresso organizado em direção à independência.
7. Necessidades e desejos instintivos tornados realizáveis com vigor e vitalidade genuínos (WINNICOTT, 2000, p. 384).

Por fim, Winnicott (2000) indica as possibilidades de manifestação da regressão, isto é, a regressão pode apresentar-se em qualquer grau, ser restrita e rápida, ou total e atingindo toda a vida do paciente, por um certo tempo. Ressalta a contribuição da psicanálise na aceitação e utilização do ódio e raiva decorrentes da falha original, o que não se encontra nos métodos não analíticos.

Observa-se, assim, que para Winnicott, o manuseio do setting era o principal recurso no tratamento de pacientes muito regredidos, esquizóides, borderlines, psicóticos e com estrutura falso-self. Para Winnicott, a real função analítica é favorecer ao paciente a aquisição da capacidade de usar o setting, para experimentar, regressiva e afetivamente, o seu eu fragmentado. É a possibilidade de experimentar um novo relacionamento consigo mesmo, com o analista, e com a situação analítica. (HISADA, 2002).

Um importante ponto a se dar atenção, é a necessidade do paciente dar continuidade ao processo de análise da forma proposta por Freud, quando recuperado da regressão, pois o seu ego já encontra-se pronto e preparado para entrar em contato com a posição depressiva e o complexo de Édipo nas relações interpessoais (WINNICOTT, 2000).

Em meu trabalho clínico comprovei, ao menos para mim mesmo, que um tipo de análise não exclui o outro. Encontro-me sempre escorregando de um para o outro e vice-versa, segundo a tendência do processo inconsciente do paciente. Quando o trabalho de natureza especial ao qual me referi chega a um fim, tem início naturalmente o trabalho analítico normal, a análise da posição depressiva e das defesas neuróticas de um paciente dotado de um ego, um ego intacto, um ego capaz de ter experiências proporcionadas por impulsos do id e responsabilizar-se por elas(WINNICOTT, 2000, p. 398).

Nesse sentido, será feito a seguir a articulação entre os fragmentos clínicos apresentados e a teoria e clínica proposta por Winnicott.

CONCLUSÃO

*O meu Destino disse-me a chorar:
 “Pela estrada da Vida vai andando,
 E, aos que vires passar, interrogando
 Acerca do Amor, que hás-de encontrar.”*
*Fui pela estrada a rir e a cantar,
 As contas do meu sonho desfilando ...
 E noite e dia, à chuva e ao luar,
 Fui sempre caminhando e perguntando ...
 Agora pela estrada, já cansados,
 Voltam todos pra trás desanimados ...
 E eu paro a murmurar: “Ninguém o viu! ...”*

Florbelza Espanca - Em Busca do Amor, Livro de Mágoas

Segundo Green, “concluir não significa encerrar a obra, mas abrir a discussão e deixar o solo para outros” (GREEN,1988, p.63), nesse sentido ao concordar com tal afirmativa, faz-se necessário ressaltar que esta monografia foi um exercício inicial de pensar a minha prática clínica a partir da teoria de Winnicott.

A ênfase e, conseqüente, contribuição da teoria e clínica winnicottiana ao trabalho analítico está na relação dual mãe-bebê, onde o sucesso ou o fracasso de tal relação implicará no desenvolvimento satisfatório ou não do indivíduo. Logo, é possível compreender e manejar a análise dos pacientes de difícil tratamento, ao considerar e identificar as falhas ambientais ocorridas.

Segundo Cesar (2009), o fracasso da confiança no cuidado materno gera uma ansiedade impensável no bebê, que resultará no constante estado de alerta, no vazio e na desesperança. O árduo trabalho do analista será o de resgatar a confiança desses bebês/pacientes, oferecer um contorno necessário à integração e

aí, então, se pensar em integração e verdadeiro self. Enfim, cabe ao analista acolher as recusas do paciente, servir-se de não-objeto e, deixar-se dissolver para retornar vivo e reparado.

Ao ajudar o paciente a encontrar a confiabilidade, o analista pode anular as defesas contra a imprevisibilidade e todo o horror e pânico que são experienciados. [...] A sobrevivência do analista ao sofrimento que advirá para ambos e a esperança dos dois precisam se sustentar com consistência. A regressão se faz necessária para a construção de uma esperança autêntica (CESAR, 2009, p. 221).

Assim, ao pensar os fragmentos clínicos apresentados neste trabalho, é possível identificar a origem do sofrimento de cada paciente a partir de falhas ambientais ocorridas, conforme foi apontado no decorrer da exposição de cada fragmento. É importante mencionar que estar com estas pacientes, ou estar com pacientes de difícil tratamento no processo analítico, não é fácil, pois há uma persistência dos mesmos em manter o sofrimento, que é algo que sempre os sustentaram e os mantiveram vivos.

A compreensão da teoria e aplicação clínica proposta por Winnicott com as pacientes retratadas nesta monografia, implicou na realização de um trabalho pautado fundamentalmente no manejo/cuidado e interpretação, seguidos de holding/sustentação. Isto é, a clínica desenvolvida com as referidas pacientes foi: a dos psiconeuróticos, que apresentam dificuldades de relacionamentos interpessoais (Eduarda), e que se pauta na interpretação; e a dos pacientes que iniciaram o processo de integração, mas que não conquistaram a estabilidade no sentido de unidade, porque algo que receberam lhes foi retirado (Maria e Clara), e que se pauta na interpretação e manejo.

Nesse sentido, a experiência do trabalho analítico com Maria foi

responsável pela minha aproximação com Winnicott. Isto é, os subsídios para compreender a cleptomania, maior queixa da paciente, foram encontrados na teoria e clínica winnicottiana. Um dificultador em relação a situação desta paciente, foi o fato de não ser mais criança, pois segundo Winnicott quando a cleptomania é identificada na infância, a sua superação é obtida facilmente com a atenção e amor dos pais. No caso de Maria, a vergonha e a culpa a impediam de tocar mais profundamente na questão. Como ela sempre dizia, “minha compulsão está controlada” e assim não permitia acesso. O desafio foi o estabelecimento da confiança de Maria, ou seja, confiança de que o objeto/analista não iria desaparecer conforme aconteceu com a sua mãe quando tinha um ano e dois meses.

Em relação ao processo analítico de Eduarda, o desafio foi suportar o seu questionamento em relação a falta de amor de sua mãe, e o abandono do pai. Um momento complicado do processo foi quando tive que sair de licença, logo após a licença gestante da outra analista. A reação da paciente foi algo difícil de lidar, e por algum tempo me senti culpada. Porém, a sua procura tão logo retornei, após pouco mais de um ano, permitiu reparar e, assim, dar continuidade ao seu processo analítico. Observo, conforme indica Winnicott, que foi necessário Eduarda retornar à situação trágica e traumática passada em sua infância e, falar sobre o sentimento de abandono e violência vivenciado para, então, prosseguir com a sua vida de uma forma mais amadurecida e menos sofrida.

E, por fim, Clara e a necessidade de se cortar para se sentir viva, foi um outro grande desafio, pois a demanda de cuidado era intensa tanto dentro do setting analítico como fora dele. Foi fundamental corresponder à dependência demandada por Clara, uma vez que sua mãe e seu pai não estavam disponíveis, inicialmente,

por não se darem conta da gravidade da situação da filha. Assim, como afirmou Winnicott, foi necessário que Clara usasse da autodestruição, por meio da automutilação, para obter a atenção e cuidado do objeto/mãe, algo não obtido quando bebê.

Importante ressaltar, que o desenvolvimento do processo analítico foi possível a partir construção conjunta de analista e analisandas do espaço potencial, que favoreceu o relaxamento e confiança, para que cada uma (analisanda), falasse do seu mundo interno e o mundo externo. Era visivelmente perceptível o comparecimento das bebês/crianças/pacientes no setting analítico, onde muito silenciaram, muito observaram, muito choraram, muito interrogaram, muito indagaram, muito angustiaram, e muito solicitaram da analista.

Vale mencionar que o trabalho analítico dessas pacientes foi muito gratificante, mas igualmente desafiador, doloroso, difícil e até mesmo perturbador. Suportar as recorrentes queixas de vazio, falta de amor, angústias e ideações suicidas, não foi fácil. Também, não foi fácil e nem possível corresponder às excessivas solicitações das pacientes de atenção e cuidado, motivo pelo qual falhas aconteceram durante o processo de cada uma. Entretanto, o mínimo de falhas são esperadas e até mesmo necessárias, pois conforme afirma Winnicott, não existe mãe/analista perfeita, e sim suficientemente boa.

Assim, finalizo com as sábias palavras de Winnicott: “Quando inicio uma análise, quero levá-la até o fim e continuar vivo” (WINNICOTT, 1983, p. 152). E isto é o que eu, também, quero e espero que aconteça!

REFERÊNCIAS

CESAR, F. F. **Asas presas no sótão: psicanálise dos casos intratáveis**. Aparecida, SP: Idéias&Letras, 2009.

DIAS, E. O. Sobre confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 283-322, 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v1n2/v1n2a04.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

DIAS, E. O. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=517843&indexSearch=ID>. Acesso em: 18 jun. 2013.

FIGUEREDO, L. C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008.

FORLENZA NETO, O. Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirios e psicóticos). **Nat. hum.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.307-335, dez. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2013.

FORLENZA NETO, O. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo, v. 42, n. 1, 82-88, 2008.

GREE, A. **Sobre a loucura pessoal**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

HISADA, S. **Clínica do setting em Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

JUSTO, J. S.; BUCHIANERI, L. G. C. A constituição da tendência antissocial segundo Winnicott: desafios teóricos e clínicos. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/81/225>. Acesso em: 16 jun. 2013.

NAFFAH NETO, A. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. **Nat. Hum.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 433-454, dez. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151724302005000300005&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jun. 2013.

SAFRA, G. A clínica em Winnicott. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 91-101, jun. 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2013.

SAFRA, G. **A face estética do self**. São Paulo: Unimarco, 2005.

WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à psicanálise: obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquencia**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.